

# Peiler

over palliatieve zorg en het levenseinde



PB-PP | B-10744  
BELGIË(N) - BELGIQUE

P508816  
afgiftekantoor 9300  
Aalst 1

Driemaandelijkse tijdschrift van w.e.m.m.e.l. — expertisecentrum 'Waardig Levensende', v.u. Wim Distelmans  
afzendadres: J. Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel — jaargang 9 — nr.38 — apr-mei-jun 2026

## PSYCHISCH LIJDEN BIJ JONGEREN

*“Aan de euthanasievraag  
gaat altijd een heel proces vooraf.”*

— Sarah Bal

is het tijdschrift van  
w.e.m.m.e.l. expertisecentrum  
'Waardig Levensende'  
en verschijnt 4 keer per jaar

## Redactieadres

J. Vander Vekenstraat 158  
1780 Wemmel

## Hoofdredactie

Wim Distelmans

## Eindredactie

Peter Cremers, Désirée De Poot

## Coördinatie

Inge De Hertogh

## Redactie

Sabien Bauwens, Lindsay Cool,  
Eva Jacobs, Ann Peuteman, Annelien  
Tack, Linde Vande Castele

## Werken mee aan dit nummer

Sandra Sterckx, Anuschka Storms

## Huiscartoonist

Kamagurka

## Huisfotograaf

Sander Van Damme

## Vormgeving en druk

www.kikerviz.com

## Verantwoordelijke uitgever

Wim Distelmans

J. Vander Vekenstraat 158  
1780 Wemmel

Lezers die graag op een artikel reageren of  
een bijdrage willen leveren, kunnen terecht  
op de redactie via [info@wemmel.center](mailto:info@wemmel.center)

## Giften

Wie het wenst, kan ons door een vrijwillige  
bijdrage helpen om de palliatieve zorg verder  
uit te bouwen, op rekeningnummer  
BE29 9792 4912 1364 van LEIF vzw.

Gratis abonneren via  
[info@wemmel.center](mailto:info@wemmel.center)

Peiler kan ook online gelezen  
worden op [www.wemmel.center](http://www.wemmel.center)



scan deze code  
om naar de website te gaan



[www.wemmel.center](http://www.wemmel.center)

Hier vindt u informatie over het **vormingsaanbod in W.E.M.M.E.L.**  
met o.a. de LEIFopleiding, PALM-opleiding,  
basiscursussen palliatieve zorg, postgraduaat palliatieve zorg, online lesmodules  
en mogelijkheden tot vorming-op-maat in uw organisatie.

Met permanente vormingen zetten we in op communicatie  
(met familie na overlijden, in existentiële zorg, met artsen)  
en cultuursensitieve palliatieve zorg.

Vragen over het vormingsaanbod?  
[vorming@forumpalliatievezorg.be](mailto:vorming@forumpalliatievezorg.be)  
of 02 456 82 07

maken deel uit van **w.e.m.m.e.l.** en **br.e.l.**  
expertisecentrum 'Waardig Levensende' Brusselse Expertise Levensende



Uitklaring Levensende vragen

[www.ulteam.be](http://www.ulteam.be)



[www.leif.be](http://www.leif.be)



[www.waardiglevensende.eu](http://www.waardiglevensende.eu)



[www.dagcentrum-topaz.be](http://www.dagcentrum-topaz.be)



[www.palliatiefnetwerkomega.be](http://www.palliatiefnetwerkomega.be)



© jan de meuleneir

Voor de meeste mensen zijn hun kinderen het hoogste goed. Ze hebben er alles voor over om hen goede waarden en normen mee te geven, goed op te voeden, kansen te bieden en hen uiteraard gelukkig te zien. Zolang hun kinderen nog niet voldoende oordeelsbekwaam zijn, beslissen ouders alles waarvan zij denken dat het 't beste voor hen is. Die paternalistische houding vermindert idealiter progressief en proportioneel bij toenemende maturiteit en wilsbekwaamheid van hun kinderen. Het vraagt wat ervaring, flexibiliteit en relativiseringsvermogen om het op een aanvaardbare manier te doen voor de betreffende jongere. Wanneer met de toenemende rijpheid het paternalisme - vanuit het perspectief van de jongere - niet voldoende snel of te weinig wordt afgebouwd kan het zelfs heftige relationele conflicten veroorzaken.

Dankzij voortschrijdend inzicht hield de wetgever met het voorgaande ook rekening en paste in 2014 de oorspronkelijke Belgische euthanasiewet van 2002 aan. Daardoor kunnen jongeren onder de 18 jaar met voldoende oordeelsbekwaamheid euthanasie vragen en krijgen. Deze wetsaanpassing wordt bovendien ondersteund door de wetenschap dat jongeren veel sneller matuur kunnen worden wanneer hen een ernstige, ongeneeslijke aandoening overkomt zoals een uitgezaaide kanker. Bij minderjarigen

kan euthanasie echter enkel wanneer ze terminaal ziek zijn en onbehandelbaar, ondraaglijk fysiek – niet psychisch – lijden. De wetgever heeft willen vermijden dat minderjarigen met psychisch lijden door een psychiatrische aandoening ook euthanasie zouden kunnen krijgen. In Nederland bestaat die restrictie niet en kunnen ze vanaf de leeftijd van 12 jaar om die reden euthanasie vragen. Dat is wellicht ook de aanleiding waarom in Nederland momenteel een opvallend maatschappelijk debat wordt gevoerd om de leeftijd voor euthanasie te verhogen in het geval van een psychiatrische problematiek. Hoewel niet frequent, wordt immers de laatste jaren in toenemende mate euthanasie uitgevoerd op jonge mensen tussen 17 en 22 jaar. Een groep Nederlandse psychiaters pleit er nu voor om de euthanasie-aanvragen van jongeren met psychiatrisch lijden on hold te zetten tot de leeftijd van 25 jaar. In ons land werd door de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie een werkgroep opgestart om de leeftijdsgrens te herbekijken. Tot 25 jaar zijn de hersenen nog in ontwikkeling zodat men nog niet kan spreken van wilsbekwaamheid om zo'n beslissing te kunnen nemen. Maar als we die grens arbitrair verhogen, riskeren we dan niet om weer paternalistisch te worden? M.a.w. wat met een jongere die door zijn (psychiatrische) ziekte erg matuur blijkt? Komt onder 25 jaar dan ook het stemrecht in het gedrang? Wat met trouwplannen, kindervens, wilsverklaringen, ... ? Peiler overloopt de diverse standpunten van o.a. psychiaters, psychologen en ervaringsdeskundigen. Iedereen is het er alvast over eens dat de steun aan de geestelijke gezondheidszorg in ons land ronduit beschamend is. Dit mag uiteraard een terechte vraag naar euthanasie niet uitsluiten.

— Wim Distelmans

**patiënten jonger dan 25 jaar met een psychiatrische aandoening kregen op 4486 geregistreerde casussen in 2025 euthanasie**

## Britse euthanasiewet strandt in Hogerhuis

Het Hogerhuis van het Brits parlement gaf in april van dit jaar geen goedkeuring aan de euthanasiewet die vorig jaar met ruime meerderheid werd aangenomen door het Lagerhuis. Het komt niet eens tot een stemming. Initiatiefneemster Kim Leadbeater van het wetsvoorstel geeft voor het eerst openlijk toe dat de wet niet zal worden aangenomen. Het heeft allemaal te maken met het feit dat wetsvoorstellen binnen het parlementaire jaar moeten worden afgerond. In juni vorig jaar ging een meerderheid in het Lagerhuis akkoord met euthanasiewetgeving. Sindsdien wordt het wetsvoorstel behandeld in het Hogerhuis. Daar zal het wetsvoorstel nu stranden. Het parlementaire jaar eindigt immers begin mei.

Het wetsvoorstel stelt voor om hulp bij zelfdoding te legaliseren voor terminaal zieke volwassenen van 18 jaar of ouder, mits aan volgende voorwaarden is voldaan:

- Je moet woonachtig zijn in Engeland of Wales en minimaal een jaar ingeschreven staan bij een huisarts.
- Terminaal ziek zijn (levensverwachting van 6 maanden)
- Twee onafhankelijke verklaringen afleggen over de wens om te sterven, die door getuigen moeten worden bekrachtigd en ondertekend.
- Twee artsen moeten ervan overtuigd zijn dat de persoon in aanmerking komt, met een tussenpoos van een week tussen hun beoordelingen.

## Gratis publicatie 'Palliatieve zorg voor kinderen'

*N.a.v. van het 'Symposium pediatrie palliatieve zorg' georganiseerd door de Koning Boudewijnstichting op de campus Erasme van de ULB in maart van dit jaar, richtte de stichting nogmaals de aandacht op haar recent in 2025 verschenen publicatie 'Palliatieve zorg voor kinderen'.*

De palliatieve zorg voor kinderen is de laatste jaren inderdaad aanzienlijk verbeterd. Dankzij de werking van liaisonteams is de continuïteit van de zorg tussen het ziekenhuis en de woonplaats van de patiënt gegarandeerd en krijgt elke zorgdiscipline haar plaats. Het kind en zijn/haar familie worden beter begeleid, en ook de eerstelijns- en tweedelijnszorgverstrekkers krijgen meer opleiding en ondersteuning. Zo kunnen de wensen van het kind beter gehoord en gerespecteerd worden, worden de ouders ondersteund bij het nemen van moeilijke beslissingen en kan ook een luisterend oor worden geboden aan broers en zussen. Doel blijft om de levenskwaliteit en het welzijn van het zieke kind en het gezin op de eerste plaats te brengen, door het fysieke, mentale, sociale en spirituele lijden te verlichten. Toch blijven er nog heel wat uitdagingen en is op een aantal vlakken dringend actie nodig. Vijf prioritair acties worden in deze publicatie naar voor geschoven.

### Communicatie

Pediatrie palliatieve zorg (PPZ) moet meer bekend én bespreekbaar worden. Het taboe rond PPZ moet worden opgeheven, zodat zorgverstrekkers én het grote publiek beter begrijpen wat deze zorg inhoudt. Zo kan ze op een serene



manier ter sprake worden gebracht vanaf het moment van de diagnose.

### Opleiding

Er is grote nood aan sensibilisering, opleiding en training voor pediatrie palliatieve zorg. Zorgprofessionals moeten beter geïnformeerd worden over de zorgnoden en -mogelijkheden bij kinderen met een complexe chronische, levensbedreigende of -verkortende aandoening. Ze moeten zich meer bewust worden van het belang van hun specifieke rol in het zorgproces, en tegelijk ook de kans krijgen om zichzelf te beschermen, bijvoorbeeld via uitwisseling van goede praktijken en intervisies. Aan Franstalige zijde van het land bestaat er reeds een opleiding in pediatrie palliatieve

“De jeugd weet  
wat ze niet wil  
alvorens te weten  
wat ze wil.”

— Jean Cocteau  
Frans schrijver (1889 - 1963)

zorg. Het is aanbevolen deze kennis en ervaring met Vlaanderen te delen, zodat alle betrokken zorgverleners de kans tot opleiding krijgen.

### Betere toegang door meer teams en middelen

Elk kind met een complexe chronische, levensbedreigende of -verkortende aandoening moet toegang krijgen tot pediatrie palliatieve zorg. Om dat mogelijk te maken moeten het aantal mensen betrokken bij PPZ, zowel binnen de liaisonteams als in de respijthuizen, én ook de financiële middelen worden uitgebreid. Alleen zo kan een aanbod worden ontwikkeld dat aan de behoeften van de kinderen en gezinnen voldoet. De nodige middelen moeten worden vrijgemaakt om professionals te ondersteunen, en een regelmatige dialoog tussen liaisonteams en alle andere betrokken te organiseren.

### Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de behoeften en verwachtingen van kinderen die in aanmerking komen voor pediatrie palliatieve zorg, en hun gezin. Onderzoek laat ook een correcte evaluatie toe van de huidige klinische praktijken, met als doel ze te verbeteren en strategieën aan te passen op basis van feedback en geïdentificeerde

noden. Een verdere ontwikkeling en wetenschappelijke validering van meetinstrumenten, zoals de PaPaScale, is absoluut noodzakelijk.

### Betere begeleiding van broers en zussen

Samenleven met een broer of zus die palliatief is en misschien zal overlijden, heeft uiteraard een invloed op de andere kinderen (zogenaamde ‘schaduwkinderen’). Wanneer onvoldoende rekening wordt gehouden met de noden en ervaringen van broers en zussen, kan dit bij hen voor problemen zorgen, en dit tot op volwassen leeftijd. Veel moeilijkheden kunnen worden voorkomen wanneer elk kind een actieve rol kan spelen in het zorgtraject van broer of zus, wanneer naar het kind wordt geluisterd en een geruststellende aanwezigheid wordt geboden. Er moeten plekken worden gecreëerd dichtbij maar buiten het ziekenhuis, waar broers en zussen elkaar kunnen vinden en zich vrij kunnen uiten. Dit mag geen extra organisatorische last vormen voor de ouders, die zich al zoveel zorgen maken en zich schuldig voelen tegenover de andere kinderen omwille van de moeilijke gezinssituatie.

De gratis publicatie is beschikbaar op: <https://kbs-frb.be/nl/pediatrie-palliatieve-zorg-een-situatieschets> of scan de code hiernaast.



## Formulier palliatief forfait niet meer digitaal verstuurbaar

De mogelijkheid om dit formulier via een beveiligde elektronische kopie te versturen eindigde eind 2025. Gezien de meerwaarde van een elektronische verzending wordt er een beveiligde oplossing ontwikkeld binnen de softwarepakketten van de artsen. Deze oplossing is momenteel nog niet beschikbaar en kan nu het formulier enkel via de gewone post worden verstuurd.

Het palliatief forfait is een bijkomende tegemoetkoming voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen die palliatieve thuispatiënten zelf (gedeeltelijk) moeten bekostigen. Om recht te hebben op het palliatief forfait van ongeveer 850 € (na 30 dagen éénmaal hernieuwbaar) moet de patiënt o.a. voldoen aan de volgende voorwaarden:

- zijn ziekte is onomkeerbaar;
- zijn algemene, fysieke of psychische toestand gaat ernstig achteruit;
- geen enkele therapie verbetert zijn toestand;
- zijn levensverwachting is niet meer dan 3 maanden;
- zijn fysieke, sociale of geestelijke noden zijn ernstig en vergen een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet;
- hij heeft een intentie om thuis te sterven;

De huisarts vraagt het palliatief forfait voor de patiënt aan d.m.v. het formulier ‘Medische kennisgeving’ op te sturen naar de adviserend arts van het ziekenfonds van de patiënt.

Patiënten die het palliatief forfait hebben ontvangen betalen ook geen remgeld aan de huisarts, ook niet voor bepaalde verpleegkundige en kinesitherapeutische verstrekkingen.

VRAAG OM LEVENSBEËINDIGING DOOR JONGEREN

# “Psychisch lijden gaat om een verbroken evenwicht tussen draaglast en draagkracht”

Hersenen zouden pas volledig ontwikkeld zijn op de leeftijd van 32 jaar. Dat zeggen toch neurowetenschappers die hun onderzoek publiceerden in het gerenommeerde tijdschrift *Nature Communications*. Cd&v-voorzitter Sammy Mahdi pleitte daarom in een interview in *De Morgen* om de leeftijdsgrens voor euthanasie op basis van ondraaglijk psychisch lijden op te trekken tot 25 jaar.

**H**oe zit dat nu, met dat brein? En hoe zit het met de doodswens van tieners en jongvolwassenen? Peiler sprak erover met dr. Eric Schoentjens, kinder- en jeugdpsychiater en Sarah Bal, klinisch psychologe, beiden verbonden aan het UZ van Gent.

**Onderzoek zou aantonen dat het brein van jongvolwassenen eigenlijk nog niet**



**matuur genoeg is om levensbepalende beslissingen te nemen.**

**Eric Schoentjes:** In de meer vulgariserende pers is er de laatste jaren meer aandacht besteed aan de ontwikkeling van de hersenen bij pubers, adolescenten en jongvolwassenen. De conclusies zijn er ook gekomen door meer functioneel beeldvormend onderzoek. Zo weten we dat er een bepaalde rijping ontstaat in de prefrontale cortex. Daardoor komen de

verbindingen tussen die (pre)frontale cortex en het meer emotionele verwerkingssysteem in ons limbisch deel van de hersenen pas in de loop van de jongvolwassenheid volledig tot rijping.

**Wat betekent dat dan in realiteit?**

Dat wil zeggen dat in 'rust' jongeren en jongvolwassenen heel goed in staat zijn om te redeneren over emoties. Maar als die emoties zeer uitgesproken zijn, schiet

de analytische controle over die emoties tekort. Ze gebruiken op dat moment hun rationaliteit wat minder om die emoties onder controle te houden. Dat evolutieproces zou pas in de loop van de twintiger jaren afgerond zijn.

De vraag die we natuurlijk kunnen stellen, is of datgene wat we observeren in de hersenen de oorzaak is van eventuele mentale toestanden bij jongeren of eerder het gevolg. Het is immers gemakkelijk om te zeggen dat die structurele veranderingen een impact hebben op ons mentaal functioneren terwijl het ook wel eens zou kunnen zijn dat ons mentaal of psychisch functioneren op zich een impact heeft op de structurele veranderingen in de hersenen. En waarschijnlijk ligt de waarheid meer in circulariteit dan in oorzakelijke lineariteit.

**Sarah Bal:** Bij jongeren is er veel meer een hier-en-nu-emotie. Ze willen op dit eigenste moment een oplossing voor iets of een antwoord op iets. Jongeren kunnen veel minder goed hypothetisch denken, in termen van 'als-dan'... Dat heeft te maken met het jong zijn.

**Wim Distelmans:** Vanuit mijn eigen expertise kan ik zeggen dat jongeren die geconfronteerd worden met een ernstige fysieke aandoening zoals kanker sneller matuur worden dan jongeren die deze ervaring niet doormaken. **Ligt dat in diezelfde lijn?**

**Eric Schoentjes:** Het mentaal functioneren wordt in niet onbelangrijke mate bepaald door de dingen waarmee ons mentaal systeem geconfronteerd wordt. Wanneer iemand dergelijke aangrijpende dingen meemaakt, is het niet onlogisch dat ons mentaal systeem daardoor een bepaalde rijping kent. De kracht van ons mentaal functioneren is net dat het ons in staat stelt ons te handhaven in onze omgeving en ons aan te passen aan gebeurtenissen binnen die omgeving. >>>

---

# interview

---

Sarah Bal

»»» **Sarah Bal:** Dat zie je overigens bij alle soorten trauma's, niet alleen bij levensbedreigende ziektes. Er is een cognitieve en emotionele verandering wanneer het idee van de wereld als een veilige, controleerbare en voorspelbare plek teniet wordt gedaan door iets ernstigs wat je overkomt. We weten dat, hoe meer iemand zich tijdens en na die traumatische ervaring(en) bedreigd voelt, hoe meer impact dit heeft.

**Eric Schoentjes:** Het kan best zijn dat jongeren of adolescenten die geconfronteerd worden met een ernstige medische aandoening net die jongeren zijn die daar

hoe meer perspectief je hebt kunnen ontwikkelen door je levenservaring, hoe meer je al hebt moeten leren relativeren, hoe meer je dat waarschijnlijk ook hebt geoefend in je eigen leven. Als je jong bent, heb je die ervaring – die oefening – nog niet. Je hebt vaak nog weinig kennisgemaakt met zaken die ook kunnen veranderen.

Maar we moeten ook heel goed beseffen dat het bij jongeren – of het nu gaat om suïcide of een vraag om euthanasie – nooit om een plotse opwelling gaat, maar dat aan die vraag altijd een heel proces voorafgaat.

## omwille van ondraaglijk psychisch lijden?

**Eric Schoentjes:** Wij kunnen die vraag wel krijgen en ernaar luisteren, maar er kunnen geen stappen ondernomen worden om daarop in te gaan omdat euthanasie omwille van ondraaglijk psychisch lijden bij jongeren in België niet kan.

## Is dat dan een lacune in de wet?

**Eric Schoentjes:** Mijn persoonlijke mening is vooral dat we daar niet op mogen ingaan. Wanneer iemand omwille van fysiek of psychisch lijden de wens uit om er niet meer te zijn, dan kunnen we dat voor een deel terugbrengen als een verbroken evenwicht tussen draaglast en draagkracht. En als we het hebben over draagkracht, dan denken we vaak alleen aan de draagkracht van het individu. Als iemand terminaal ziek is, dan zegt dat niets over de draagkracht van het individu, maar over de draagkracht van het systeem dat nog geen behandeling heeft voor die ziekte.

Dat geldt ook voor mentale problemen. Het gaat over een onevenwicht tussen de draaglast en de draagkracht. Niet louter van het individu, maar ook van het systeem: het gezin maar ook het gezondheidssysteem of het algemene maatschappelijke systeem rond die persoon dat niet meer de kracht heeft om dat individu met zijn draaglast te ondersteunen. Zeker bij jonge mensen die kampen met mentale problemen, gaat het niet enkel over de draagkracht van de jongere, maar ook die van het systeem rondom die jongere dat tekortschiet.

“Zeven op de tien jongeren die een suïcidepoging ondernemen, willen niet dood.”

wat meer maturiteit op reageren en de vraag stellen naar beëindiging van dat leven. Het kan zeker ook zijn dat jongeren die die maturiteit niet ontwikkelen, niet bij die gedachte van levensbeëindiging komen. Om maar te zeggen: het is mogelijk dat jongeren bij wie die maturiteit versnelt, sneller existentiële vragen gaan stellen die bij andere jongeren nog niet aan bod komen. Maar ook dat het niet noodzakelijkerwijze zo moet zijn.

## Hoe moeten we de doodswens van jongeren dan plaatsen?

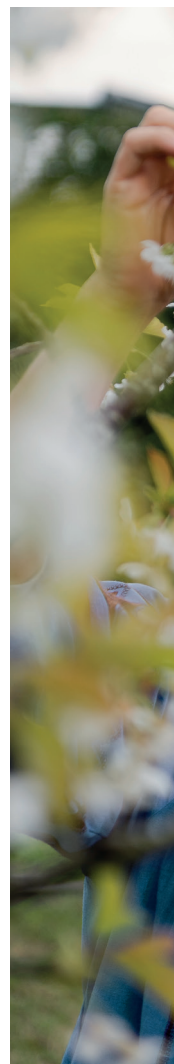
**Sarah Bal:** Wij hebben vooral ervaring met jongeren die een doodswens uitspreken in het kader van suïcide. Door hun jong-zijn en hun gebrek aan levenservaring, hebben jongeren het vermogen om perspectief te zien nog onvoldoende ontwikkeld. Perspectief aanreiken betekent dan dat we kunnen aangeven welke mogelijkheden er zijn, welke mogelijkheden wij zien. Hoe ouder je bent,

## Is het dan echt een vraag naar levensbeëindiging, of eerder een vraag naar het stoppen van een ellendige toestand?

**Sarah Bal:** Zeven op de tien jongeren die een suïcidepoging ondernemen, willen niet dood. Ze willen dat de ellende en de pijn stopt. Ze willen dat een situatie verandert.

**Eric Schoentjes:** Als arts die voornamelijk in spoedeisende situaties om advies wordt gevraagd, bestaat mijn job voor twee derden uit voornamelijk jongeren met zelfmoordgedachten of na zelfmoordpogingen. Die jongeren zijn daar al een hele tijd mee bezig en op een bepaald moment ondernemen ze actie. Maar dat is zeker niet altijd om dood te willen zijn. In de meerderheid van de casussen is er sprake van een aantal bijkomende stressfactoren die dan de drempel verlagen om een zelfmoordpoging te ondernemen.

## Zie je hetzelfde patroon ook bij jonge mensen met een euthanasievraag





## **Loopt er dan iets fout met onze geestelijke gezondheidszorg?**

**Eric Schoentjes:** De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg is minder beschikbaar en bereikbaar dan andere vormen van de gezondheidszorg. Iemand met een zeer complexe medische problematiek zal wel ergens terecht kunnen, terwijl dat voor mensen met mentale problemen minder het geval is.

**Sarah Bal:** En voor jongeren is dat nog extra moeilijk, want zij zijn afhankelijk van volwassenen om daarvoor te zorgen.

## **Zouden we minder jongeren hebben die een suïcidepoging ondernemen of**

## **euthanasie vragen als onze geestelijke gezondheidszorg beter op punt zou staan?**

**Eric Schoentjes:** Dat lijkt vanzelfsprekend, maar dat zou ook inhouden dat er een moment zou zijn dat de geestelijke gezondheidszorg helemaal op punt staat. Men kan er wel naar streven met de middelen die er zijn en de gezondheidszorg zo goed mogelijk proberen te organiseren en die voor een zo breed mogelijk publiek voorzien.

## **Zal er dan ooit een punt komen waar je mensen met mentale problemen allemaal kunt geven wat ze nodig hebben?**

**Eric Schoentjes:** Neen. Mensen met een ongeneeslijke ziekte hebben waarschijnlijk ook een lang parcours gevolgd, allerlei therapieën geprobeerd en veel lijden meegemaakt vooraleer ze toch op de grenzen van de geneeskunde botsen. Maar op het gebied van geestelijke gezondheidszorg is het punt waarop men nu staat niet vergelijkbaar met het punt waar men staat voor andere vormen van gezondheidszorg. Laten we hopen dat we ook die vorm van lijden voldoende onder controle kunnen brengen, zodat het niet meer uitzichtloos is. Zeker voor kinderen en jongeren.

## **Kinderen en jongeren met psychische moeilijkheden botsen nu op ellenlange wachttijden vooraleer ze hulp kunnen krijgen. Dat leidt toch naar uitzichtloosheid?**

**Sarah Bal:** Absoluut. In Gent hebben wij op initiatief van de Universiteit Gent met een hele reeks partners, waaronder alle hoger onderwijsinstellingen en universiteiten in Gent, de stad Gent, de conventie Eerstelijnspsychologische zorg, het UZ, KARUS en CCG Adentro de Zorgcampus opgericht. Studenten die aan een hoger onderwijsinstelling in Gent studeren,

kunnen daar snel terecht met milde tot matige psychische klachten. We zetten in op vroegdetectie en vroeginterventie. De studenten kunnen zichzelf aanmelden, of kunnen worden doorverwezen en het is onze focus om hen zo snel mogelijk te helpen. Dit is een uniek project, op één jaar tijd hebben wij meer dan 800 studenten kunnen helpen, jongeren perspectief kunnen geven.

Op die manier kun je al zoveel opvangen. Suïcide, euthanasie... het moet bespreekbaar zijn. Want als je erover kunt praten, wordt het iets waar je concreet iets mee kunt doen of niet doen. Het feit dat studenten hier voornamelijk op eigen initiatief naartoe komen, bewijst dat deze aanpak helpt. Jongeren hebben vaak schrik om hun familie of vrienden te belasten met hun problemen. Wij geven de boodschap dat alles waar de jongere last van heeft, waard is om eens samen te bekijken.

## **Om even naar het begin terug te keren. Vinden jullie dat de leeftijd waarop het kan aangevraagd worden dan naar omhoog moet? Naar 30 jaar bijvoorbeeld?**

**Eric Schoentjes:** Als een maatschappij een bepaalde leeftijd vastlegt waarop men autonoom kan beslissen en ook verantwoordelijk is voor een aantal zaken, dan zou ik het heel delicaat vinden om voor een aantal onderwerpen die leeftijdsgrens op te schuiven. Als je die lijn doortrekt, dan moeten we voorstellen om tot op de leeftijd van 30 jaar enkel jeugdrechters te laten oordelen over criminele feiten... Ik zou het vreemd vinden als een 25-jarige verantwoordelijk zou zijn voor strafbare feiten, maar als het gaat over jouw eigen levenseinde dat moment zou opschuiven naar 30 jaar.... Daar zou ik toch moeite mee hebben.

— Désirée De Poot en Wim Distelmans



---

# getuigenis leerkrachten

---

breng ik hem naar de collega's van de zorg. Daar bekijken ze vooral welke tools er nodig zijn zodat die leerling in de klas beter zou kunnen functioneren, maar er wordt nooit echt naar onderliggende problemen gezocht. Zolang er geen hulp van buitenaf komt, blijven we dus aanmodderen.'

Soms escaleert de situatie zo dat een leerling uiteindelijk een tijdje moet worden opgenomen. Ook dat is iets wat haast alle leerkrachten van De Leraarskamer van Knack al hebben meegeemaakt. 'Maar met zo'n opname is alles natuurlijk niet opgelost', zegt leerkracht wetenschappen Joeri. 'Er zijn leerlingen met een eetstoornis die worden opgenomen omdat ze sondevoeding moeten

krijgen, maar al na twee weken terug op school zijn. Waanzinnig vind ik dat. Zo'n kind heeft nog veel meer zorg nodig dan wij als leerkracht kunnen bieden.'

## Schermen en prestatiedruk

Hoe het komt dat zo veel kinderen en jongeren het tegenwoordig ontzettend moeilijk hebben, weten de leerkrachten ook niet echt. Al zijn velen ervan overtuigd dat smartphones en andere schermen daarin zeker een rol spelen. Om te beginnen zorgen conflicten en getreiter op sociale media er vaak voor dat leerlingen zich op school slecht in hun vel voelen en zelfs neerslachtig worden. Dat gaat van WhatsApp-groepjes waarin jongeren naaktbeelden

van klasgenoten delen tot allerlei vormen van cyberpesten.

Daarnaast komen kinderen en jongeren online ook in contact met onderwerpen die hen bang maken of triggeren. 'Geestelijke gezondheid is vandaag veel bespreekbaarder dan vroeger', zegt Ruben. 'Aan de ene kant is die openheid positief, aan de andere kant brengen we kinderen daardoor soms op ideeën. Een kind dat zich slecht voelt, ziet op WhatsApp, Snapchat, Instagram, TikTok, YouTube en Netflix de hele tijd verhalen waarin sprake is van drugs, zelfverwonding of zelfmoord. Misschien is dát wel een uitweg voor mijn probleem, begint het dan soms te denken.' >>>

## Waar kun je terecht als een kind het psychisch zwaar heeft?

Als mensen psychologische hulp zoeken voor een kind of tiener, denken ze meestal meteen aan een privépsycholoog met een eigen praktijk. Nochtans is het aanbod veel ruimer dan dat. Een greep uit de mogelijkheden:

**Huizen van het Kind:** De meer dan tweehonderd Huizen van het Kind in Vlaanderen en Brussel bundelen verschillende diensten op één toegankelijke locatie. Ouders en kinderen kunnen er terecht met vragen over opvoeding, gezondheid en ontwikkeling.

**Meer informatie:** <https://www.huizenvanhetkind.be>.

**Opvoedingswinkels:** In een van de veertien Opvoedingswinkels kunnen ouders en andere opvoeders aankloppen met vragen over opvoeding, ontwikkeling en gedrag van kinderen en jongeren tot 24 jaar. Ze bieden gratis advies en soms ook infosessies of groepsactiviteiten aan.

**Meer informatie:** [www.vlaanderen.be/organisaties/opvoedingswinkels](http://www.vlaanderen.be/organisaties/opvoedingswinkels)

**OverKop-huizen:** Veilige en toegankelijke plekken waar jongeren van 12 tot 25 jaar zonder afspraak kunnen binnenlopen. Ze vinden er een luisterend oor, maar ze kunnen er ook gewoon rondhangen.

**Meer informatie:** [www.overkop.be](http://www.overkop.be)

**TEJO:** Een organisatie waar jongeren tussen 10 en 20 jaar gratis, anoniem en snel terecht kunnen voor therapeutische gesprekken. De 21 TEJO-huizen bieden een veilige plek om te praten over problemen zoals stress, verdriet of moeilijkheden thuis of op school.

**Meer informatie:** [tejo.be](http://tejo.be).

**Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG):** CGG's bieden gespecialiseerde hulp aan kinderen en jongeren met ernstige psychische problemen of gedragsproblemen. Je komt er terecht via een doorverwijzing van, bijvoorbeeld, een huisarts of CLB.

**Meer informatie:** [www.centrageestelijkegezondheidszorg.be](http://www.centrageestelijkegezondheidszorg.be).

**1 Gezin 1 plan (1GIP):** Een samenwerking tussen hulpdiensten die gezinnen met kinderen en jongeren ondersteunt wanneer er verschillende problemen tegelijk spelen. Ze werken met het gezin aan één plan en zorgen voor één vaste begeleider.

**Meer informatie:** [www.jeugdhulp.be/netwerken/een-gezin-eeen-plan-1g1p](http://www.jeugdhulp.be/netwerken/een-gezin-eeen-plan-1g1p)

»» Volgens de leerkrachten is er nog een belangrijke reden waarom zo veel kinderen en jongeren wankelen: de enorme prestatiedruk die ze op school voelen. 'Als leerkracht moet je altijd maar kwantificeren en afvinken wat een leerling al kan en wat niet. Alsof alleen kennis en cognitieve vaardigheden belangrijk zouden zijn', zegt leerkracht Nederlands Kris. 'Bij ons in het college zien we dan ook nog eens veel perfectionistische jongeren die de lat voor zichzelf heel hoog leggen. Zeker wanneer ze in de derde graad komen en zich op een hogere studie beginnen voor te bereiden. Elk jaar weer zijn er die onder die druk bezwijken, depressief worden, een burn-out krijgen of echt héél diep zitten. Sommigen moeten dan een tijd thuisblijven of worden opgenomen.'

Maar daarna begint alles vaak weer van voren af aan. 'Als een kind na een opname weer naar zijn eigen school gaat, geeft men vaak het advies om in het begin alle schoolse druk achterwege te laten', zegt Josfien, die lesgeeft aan leerlingen die in de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn opgenomen. 'Nogal wat scholen sribbelen dan tegen, want ze werken nu eenmaal met evaluatieperiodes en ze moeten van al hun leerlingen punten hebben. Het gevolg is dat een leerling die net uit opname komt meteen weer keihard moet presteren.'

**Denk je aan zelfmoord en heb je nood aan een gesprek, dan kan je terecht bij de Zelfmoordlijn op het nummer 1813 of via [www.zelfmoord1813.be](http://www.zelfmoord1813.be).**

— Ann Peuteman

# Wat laat de euthanasiewet toe bij wilsbekwame minderjarigen?

**De oorspronkelijke euthanasiewet van 2002 gold enkel voor volwassenen. Je moest 18 jaar of ouder zijn om euthanasie te kunnen vragen en te krijgen. Wilsbekwame minderjarigen werden dus uitgesloten. Dit werd door nogal wat voorstanders beschouwd als discriminatie op basis van leeftijd. Waarom moet een minderjarige met voldoende inzicht en wilsbekwaamheid die ondraaglijk lijdt ten gevolge van een ernstige, ongeneeslijke aandoening wachten tot de achttiende verjaardag vooraleer euthanasie te kunnen vragen en krijgen?**

In 2014 werd de oorspronkelijke euthanasiewet uitgebreid naar wilsbekwame minderjarigen, dankzij o.a. de inspanningen van politicus Jean-Jacques De Gucht (voormalig Open VLD, nu Anders). Onder invloed van politiek getouwtrek was deze uitbreiding beperkt. Enkel terminaal zieke minderjarigen komen in aanmerking die onbehandelbaar ondraaglijk fysiek (en dus niet psychisch) lijden. De wetgever heeft willen vermijden dat minderjarigen euthanasie kunnen krijgen op basis van psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening. Het feit dat men ook ondraaglijk psychisch kan lijden door een terminale fysieke aandoening zoals acute leukemie werd niet weerhouden. Vervolgens moet hun oordeelsbekwaamheid formeel op schrift worden bevestigd door een kinder- of jeugdpsychiater of een psycholoog. Beide ouders moeten ook

schriftelijk hun toestemming geven. Dit laatste druist in tegen het principe van de zelfbeschikking: als de wilsbekwaamheid van de minderjarige wordt aanvaard, kun je je afvragen waarom beide ouders nog toestemming moeten geven. Dit blijkt trouwens in de praktijk niet altijd zo evident: denk aan een vechtscheiding of wanneer een van de ouders in het buitenland verblijft. Ten slotte moet de behandelende arts een andere (LEIF)arts raadplegen i.v.m. de euthanasievraag van de minderjarige. Het is dus een erg strenge procedure, zeker in vergelijking met die van de Wet patiëntenrechten. Die zegt namelijk dat wilsbekwame minderjarigen behandelingen – ook levensreddende of levensverlengende – mogen weigeren. Hier hoeft geen jeugd- of kinderpsychiater of psycholoog de wilsbekwaamheid te bevestigen en is een schriftelijke toestemming van de ouders niet vereist.

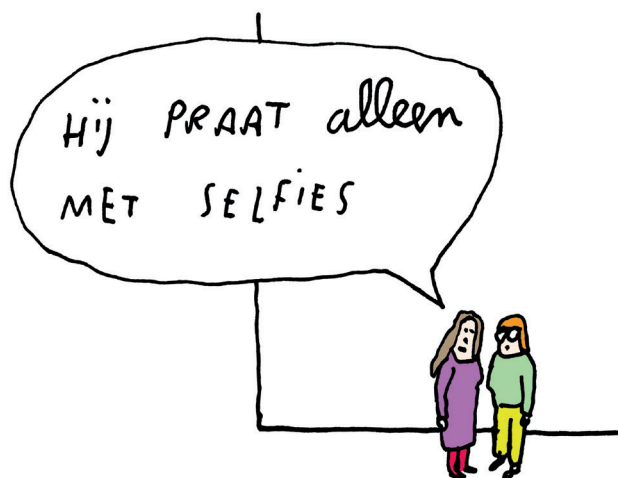
## De voornaamste argumenten om deze wetsaanpassing goed te keuren

Dankzij de oorspronkelijke Nederlandse euthanasiewet van 2002 kunnen minderjarigen al euthanasie vragen vanaf de leeftijd van 12 jaar, mits toestemming van de ouders of de voogd, en vanaf 16 jaar moeten de ouders of de voogd enkel ingelicht worden. Hier volstaat de vaststelling van de oordeelsbekwaamheid door de behandelende arts. In België is er geen ondergrens op basis van leeftijd. Iedere minderjarige die oordeelsbekwaam wordt geacht, kan in ons land euthanasie krijgen.

Sinds de wetwijziging in 2014 werd in België een eerste euthanasie op een minderjarige uitgevoerd in 2016 en tot 2025 werd in totaal op zeven minderjarigen euthanasie toegepast. In Nederland werd er vanaf de euthanasiewet van 2002 ongeveer een dubbel aantal geregistreerd.

De problematiek van ondraaglijk lijden van wilsonbekwame minderjarigen zoals pasgeborenen en ook van minderjarigen jonger dan twaalf jaar, die dus per definitie niet om euthanasie kunnen vragen, wordt in Nederland opgevangen door het 'Gronings protocol' (zie Peiler nummer 36, 2025). In België is er momenteel geen wettelijke regeling voorzien voor wilsonbekwame minderjarigen.

— Wim Distelmans



### Op lijden staat geen leeftijd

Deze discriminatie werd ook door de Orde der Artsen opgemerkt en formeel gepubliceerd. Soortgelijke aanbevelingen ten gunste van een wetgevend initiatief werden tegelijk door de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België meegedeeld.

### De vraag naar euthanasie bij wilsbekwame minderjarigen komt nauwelijks voor

Koele minnaars van deze aanpassing gebruikten dit als argument waarom er geen wetwijziging vereist was. Dat dit verzoek amper voorkomt klopt gelukkig, maar waarom bleven zij er dan zo tegen? Het argument van een beperkte vraag naar euthanasie – deze keer bij volwassenen – werd trouwens ook door diezelfde tegenstanders aangewend in 2002 om te verklaren waarom ze niet voor de huidige euthanasiewet hebben gestemd. Uit het jaarlijks toenemend aantal geregistreerde casussen van euthanasie blijkt integendeel duidelijk hoezeer de vraag naar euthanasie aanwezig is.

### Euthanasie bij minderjarigen gebeurde verdoken

Dit weliswaar zonder een wettelijk kader, zoals euthanasie bij volwassenen ook vóór de euthanasiewet al plaatsvond. Dat was

niet comfortabel voor de minderjarige patiënt, noch voor de familieleden die hun rouwproces niet konden delen, noch voor de arts die zich bij een klacht enkel kon beroepen op de noodtoestand, waardoor weinig rechtszekerheid bestond. Daardoor waren weinig artsen bereid euthanasie uit te voeren en kozen ze eerder voor palliatieve sedatie. Die vereist geen verplichte aangifte bij een federale commissie, zoals bij euthanasie en kan zelfs worden toegepast zonder de patiënt te raadplegen. Palliatieve sedatie werd door tegenstanders van euthanasie nog nooit in vraag gesteld.

### In landen zonder een euthanasiewet, wordt euthanasie minder strikt gedefinieerd

Het feit dat de internationale pers zo emotioneel reageerde op een wetwijziging ten gunste van minderjarigen, kon verklaard worden doordat in landen zonder een euthanasiewet, zoals de UK en de VS, euthanasie minder strikt wordt gedefinieerd: in die landen rekent men tot het begrip euthanasie zowel de 'opzettelijke levensbeëindiging op verzoek van de patiënt' als 'zonder zijn verzoek'. Daarom blokletterde de nieuwszender CNN van de VS op zijn website dat men in België een euthanasiewet wilde stemmen die toeliet pasgeboren baby's te 'vermoorden'.

### Bindende wet patiëntenrechten

Volgens de wet betreffende de patiëntenrechten (2002) kan een oordeelsbekwame minderjarige, ongeacht zijn leeftijd, alle behandelingen (zelfs levensreddende) en onderzoeken weigeren. Dit is zelfs bindend – de arts moet dit respecteren - en het werd nog nooit door iemand gecontesteerd.

### Euthanasiewet verplicht niemand

De wet verplicht niemand tot euthanasie of tot het uitvoeren ervan.

# Liz, 4ever20, mijn prachtige, dappere dochter.

Toen Liz op haar 8ste, voor ons uit het niets, zei dat ze doodwou, veroorzaakte dat een grote shock natuurlijk. Dit is een roep om hulp, dachten we.



Echter, na 12 jaar therapiën, medicaties, (gedwongen) opnames, crisissen, verschillende schoolvormen, zoeken naar dagbesteding, automutilaties, suïcide-pogingen, ... noem maar op, weten we beter. Elke keer begon ze eraan met volle moed om dan, jammer genoeg, te moeten vaststellen dat het niet hielp. Trekken en sleuren hebben ze/we gedaan en elke keer liep ze tegen een muur. Niet abnormaal dat dan de moed in je schoenen zinkt. In plaats van beter te worden, werd het steeds erger. Een boom die scheef groeit, is meer gebaat bij ondersteuning dan bij rechttrekken. Gelukkig zag men dat uiteindelijk in. Maar ook die ondersteuning was niet genoeg om Liz haar leven draaglijker te maken.

Uit Liz haar dagboek: *"Ik ben op, kapot, voorbij kapot. Alles is te veel, ik heb nooit rust, geen seconde. Ik wil graag leven, alleen gaat/luikt het niet. Elke avond denk ik: die dag had er niet moeten zijn, elke avond ga ik slapen in de hoop niet meer wakker te worden. Helaas elke morgen: opnieuw een dag. Ik kan niet meer. Ik wil DOOD."*

Elke dag huilen, wanhoop, geschreeuw dat door merg en been gaat: "Ik kan niet meer, help me! Jij bent mijn mama, help

me! Laat die pillenkast aub open of breng me naar de trein,..."

Je kind horen smeken om je hulp, om haar te doden, om rust te vinden? Daar zijn geen woorden voor.

En dan komt haar vraag naar euthanasie. Voor ze het uitsprak (17j) had ze er al een hele weg in afgelegd, het was allemaal al heel duidelijk voor haar: afscheidsboodschappen, een boekje met al haar paswoorden in, zelfs haar viering (geen uitvaart, want het is een verlossing), muziek, wie wat kreeg,....

Als mama (naasten) word je geconfronteerd met haar gedachtrein die al op volle snelheid rijdt, alleen moet je er achter hollen. Dit inhalen vraagt uiteraard tijd, veel communicatie, er zijn. Gelukkig was de communicatie al heel goed en was ik enkel van haar euthanasievraag niet op de hoogte.

Niemand is daar op voorbereid, er is geen handleiding voor. Chaos in je hoofd, wanhoop, dit kan niet, mag niet, wil ik niet,... dit alles gaat tegelijk door je hoofd. Toch kan je niet ontkennen wat je ziet. Aanvoelt, meemaakt. Laat staan wat zij elk moment van de dag voelt, dag in dag uit,...

Dan heb je 2 keuzes: ofwel verzet je je ertegen, ofwel wandel je naast je kind, samen in het euthanasietraject.

Als ik me ertegen verzet had, zou ik Liz kwijt zijn geweest. Ze zou me niet meer in vertrouwen nemen, de verbinding tussen ons

zou verdwijnen. Kortom ik zou mijn dochter al meteen verloren hebben, terwijl ze nog in leven was.

Ik heb altijd ergens geweten dat het ofwel euthanasie ofwel een suïcide zou zijn.

Dus ben ik met haar in het traject gestapt. Ik blijf erbij dat ik geen kind op de wereld heb gezet om te lijden. Ik heb gekozen voor haar, zij heeft niet gekozen om er te zijn. Wie ben ik dan om te bepalen dat ze verder moet (over)leven. Ik leef haar leven niet, ik kan alleen naast haar wandelen.

Liz heeft voor euthanasie gekozen omdat ze niet alleen wilde gaan, niemand een extra trauma wilde aandoen door haar te vinden en de zekerheid hebben van een waardig heengaan. Hoe gruwelijk moet iemand wel niet afzien, als ze wat ze kent, wil ruilen voor het onbekende, de dood.

Overlevingsdrang is zo groot, toch was haar beslissing weloverwogen en door-dacht. "Ik ga nu eens eindelijk voor mezelf kiezen" zei ze. Toch was ze zelfs in het overlijden nog bezig om voor anderen te zorgen. Het traject was nog een grotere hel dan al de jaren ervoor. Het psychisch lijden gaat immers verder, bovendien moet je anderen ervan overtuigen dat het ondraaglijk is, dat je uitbehandeld bent. Heel moeilijk uiteraard. Er komen altijd nieuwe behandelingen, het gaat echter over vandaag en niet over 5 jaar. Er is nooit

maximale zekerheid. Dan nog maar de vraag of de nog voorgestelde/opgelegde behandelingen in verhouding staan tot een redelijke slaagkans, draagkracht van de persoon en een redelijke termijn. Moeilijke overwegingen voor de psychiatrie. Helpen ze met het blijven doorgaan of is het een therapeutische hardnekkigheid? Waarbij ik geen oordeel vel over de grond van de therapeutische hardnekkigheid. Het loskoppelen van de euthanasievraag kan hier mogelijk bij helpen. Kan ik deze patiënt nog helpen in het leven? Dossieropbouw in een traject is uiteraard heel belangrijk, alleen kregen we het gevoel dat het dossier voorop stond ipv Liz. Not about us without us. Er wordt weinig tot geen aandacht geschonken aan de naasten, wat doen wij om Liz elke dag door te helpen, haar te blijven motiveren, haar bezig te houden. Daarom lijkt het alsof je als naasten enkel je kind dood wilt omdat je effectief iedereen moet overtuigen dat het niet meer gaat zonder dat er naar het geheel wordt gekeken. Ook vanuit de maatschappij is er weinig omkadering, werken en zorgen: het lukt niet. Ik kan alleen maar diep respect hebben voor haar beslissing, dankbaarheid dat ze me toeliet. Iemand loslaten is houden van. De betrokkenheid bij het traject geeft de mogelijkheid om samen ook alles voor te bereiden, zaken uit te spreken. Ergens je zelf ook voor te bereiden, hoewel ik me soms afvraag of dat een illusie is die ik mezelf wijsmaakte. Dit alles wil niet zeggen dat het gemakkelijk is, integendeel. Het is mind\*\*\*\* Het moment dat je te horen krijgt dat ze haar ja's heeft. Je dochter verduidelijkt dat ze zal mogen gaan, vragen of ze opgelucht is, mee blij zijn met haar, terwijl een deel van je zijn bloedt/kapotgaat. Toch overheerst op dat moment een gevoel van blijheid, overwinning (we did it), dat ze haar rust gaat krijgen. Heel dubbel allemaal. Wanneer het echt tot haar doordringt, durft

ze het nog niet echt te geloven, toch komt er een prachtige glimlach tevoorschijn. Eentje die we al heel lang niet meer gezien hebben. Zo oprecht, een glimlach die ik alleen zie als ze praat over te mogen gaan. Dat zegt genoeg. Verschil in perspectief. Komt goed, zeggen ze: idd. Maar wat is goed? Voor de meeste mensen is dat 'komt in orde' hetzelfde als genezing, de weg terug vinden, de zin in het leven terug krijgen, energie terug krijgen,... In ieder geval blijven leven. Terwijl 'komt goed' voor ons betekent: ze mag gaan. Dit is natuurlijk het emotionele ik-aspect. Daarnaast heb je het traject, afspraken met artsen, opnames, therapieën,... Het maakte haar lijden en dat van ons nog erger. Telkens moest zij en ik, als mama, bij anderen gaan pleiten om haar wens serieus te nemen. Waar jij als ouder op tafel moet staan kloppen om je kind te mogen laten gaan, op een menswaardige manier. Eigenlijk zouden professoren mij als mama moeten overtuigen dat ze echt niet langer zo kan (over)leven, in plaats van ik hen. Ik wil mijn dochter niet verliezen, toch zie ik hoe erg ze lijdt en moet ik wel aandringen op euthanasie. Waarbij mijn rol als mama mij ontnomen is. Met dit verhaal wil ik het zeker niet romantiseren. Het is en blijft rauw, pijnlijk, het enorme gemis en verdriet. Maar als er geen euthanasie was geweest, zou ik Liz op een dag hebben gevonden. Dan zou er bij mij een groot schuldgevoel bijgekomen zijn en vele vragen: had ik het toch niet kunnen voorkomen, waar ben ik niet oplettend genoeg geweest,... Nu heb ik er vrede mee. Liz heeft haar welverdiende rust gekregen na jarenlang strijden, vechten, vallen en opstaan en weer vallen,... Ze is niet alleen moeten gaan, ze is in mijn armen gegaan. Zoals ze wilde en ik uiteindelijk ook. Er is ook enige rust gekomen, naast het enorme verdriet. Niet meer elke ping van mijn gsm doet mijn bloeddruk stijgen, geen telefoontje of bezoek van de politie meer,...

het 24/24 aanstaan, de angsten, die zijn er niet meer. Liz haar wens om awareness te brengen omtrent mentale gezondheid, euthanasie,... is mijn roeping nu. Net zoals zij deed, laten weten dat mensen er niet alleen voor staan. Al voelt het wel vaak zo. Op Liz haar vraag hebben we op de dag van haar verlossing en na een maand, haar zelfgeschreven berichten op instagram geplaatst. Ik wil ze hier graag delen:

De dag van haar verlossing:

*Als jullie dit lezen, ben ik er niet meer.  
Ik heb nu mijn rust.  
Maar ik blijf bij jullie.  
Keep on going.  
Check in bij elkaar hoe het echt gaat.  
Maak alles bespreekbaar.  
Don't worry, be happy.  
See you later alligator 🐊*

Na een maand:

*Heyho!  
Als je dit leest, weet dan dat ik nu  
eindelijk, al een maand, gelukkig ben!  
Ik heb lang gevochten tegen mijn eigen  
hoofd, het was tijd voor rust.*

Een gedichtje dat ik wil delen en heel belangrijk is (selfmade):

*Ik  
Ben ik  
Ben niemand anders  
Ik verander voor niemand  
Ik*

*BLIJF ALTIJD JE GEKKE ZELF 🤪  
Groetjes vanuit de hemel ✨  
(of bij alle kikkers 🐸 )  
See you later alligator 🐊*

Ik ben zo trots op haar en zal haar voor altijd missen. Het verdriet zal er altijd zijn. Dat is oké. Love you 4 ever!, je mama

# Euthanasie bij psychisch lijden: prangende vraagstukken

**Euthanasie bij psychisch lijden is een uiterst moeilijk en gevoelig thema dat om zorgvuldige overweging vraagt. Psychisch lijden dient allereerst onderscheiden bekeken te worden van psychiatrisch lijden: waar het eerste omschreven kan worden als een menselijke reactie op stress, verlies, trauma, overbelasting of een gebrek aan verbondenheid, wordt het tweede veroorzaakt door onderliggende psychiatrische aandoeningen.**

**T**och kan ook een lichamelijke aandoening, zoals kanker, leiden tot psychisch lijden. Euthanasievragen die voortkomen uit psychisch lijden zijn dus niet altijd gelieerd aan een psychiatrische diagnose, en niet ieder psychisch lijden valt onder de DSM-5-classificatie. Vooral het lijden vanuit psychiatrische aandoeningen zorgt bij artsen en zorgverleners voor complexe ethische dilemma's.

Volgens de euthanasiewetgeving is een voorwaarde dat er sprake moet zijn van ondraaglijk lijden in een medisch uitzichtloze situatie. 'Medisch uitzichtloos' betekent uitbehandeld zijn, er is volgens de huidige richtlijnen geen behandeling meer voorhanden die het lijden nog kan lenigen. Terwijl dit criterium voor somatische artsen vaak duidelijk af te bakenen is, ondervinden psychiaters hier veel meer onzekerheid en interpretatieruimte.

Bij psychiatrische problematiek komt vaak een doodswens voor, maar het is essentieel eerst te beoordelen of de vraag om euthanasie deel uitmaakt van de pathologie. Klinisch wordt een onderscheid gemaakt tussen een impulsieve, een chronische en een rationele doodswens (volgens Pronk

2021). De impulsieve doodswens ontstaat bij acute stress of acute psychiatrische problematiek. De chronische doodswens is langere tijd (al dan niet intermitterend) aanwezig als onderdeel van een suïcidaal proces en maakt vaak deel uit van de psychopathologie. De

rationele doodswens onderscheidt zich doordat hij niet impulsief is, niet voortvloeit uit acute stress of psychose en niet ingegeven wordt door psychotische symptomen zoals imperatieve hallucinaties of paranoïde wanen. Er is sprake van een realistische inschatting van de

## Enkele casussen illustreren deze complexiteit

**1/** Een 75-jarige vrouw, met een onverwerkt incesttrauma uit haar jeugd, heeft, uit schaamte, nooit therapie gevolgd. Wanneer zich op latere leeftijd milde cognitieve problemen aandienen en patiënte om euthanasie vraagt vanwege toenemende herbelevingen en een dalende draagkracht, wordt kritisch afgewogen of het opstarten van therapie (bijvoorbeeld EMDR) nog een zinvolle meerwaarde heeft of juist een te grote belasting vormt. Na overleg werd besloten om patiënte enkele sessies EMDR te laten volgen en dan opnieuw de euthanasievraag te evalueren.

**2/** In een andere casus heeft een patiënte naast trauma tevens ernstig lichamenlijk lijden en pijn, waardoor traumatherapie telkens vroegtijdig werd stopgezet. Overleg met behandelteam, psychiater en therapeut leidde tot de conclusie dat haalbare therapie ontbrak en het lijden niet voldoende te lenigen viel. En dus was patiënte uitbehandeld. Hierbij is ook de wet op de patiëntenrechten van kracht: mensen hebben het recht een behandeling te weigeren. Toch betekent behandelweigering bij psychiatrisch lijden niet automatisch dat iemand uitbehandeld is—immers, behandeling kan het lijden soms alsnog oplossen. Dat verschilt van bijvoorbeeld oncologie, waar het weigeren van levensverlengende therapie sneller als 'uitbehandeld' gezien kan worden.



## Euthanasie bij jongeren: perceptie versus realiteit

De afgelopen maanden berichtten media meermaals over jonge patiënten die een euthanasieverzoek indienden en bij wie het soms ook werd uitgevoerd. Over deze thematiek kwamen meerdere vragen binnen bij de LEIFlijn, zowel van burgers als van zorgverleners. Is er daadwerkelijk sprake van een toename van euthanasie bij jongeren, of gaat het eerder om een versterkte perceptie door mediabelangstelling?

Aan de LEIFlijn merken we al jaren dat het aantal vragen rond euthanasie bij mensen met een psychiatrische problematiek stelselmatig toeneemt, ongeacht de leeftijd.

Hoewel het aantal verzoeken ook in de groep van de jongeren mogelijk stijgt, vertaalt zich dit zelden in een daadwerkelijke procedure.

De Belgische euthanasiewet van 2002 legt strikte zorgvuldigheidscriteria op. Voor meerderjarigen geldt dat zij wilsbekwaam moeten zijn en ondraaglijk lijden door een ernstige en ongeneeslijke aandoening, veroorzaakt door ziekte of ongeval. Dat lijden moet medisch uitzichtloos zijn, wat betekent dat alle redelijke behandelingsopties zijn uitgeput en geen perspectief meer bieden op verbetering.

De wetsuitbreiding van 2014 maakt euthanasie bij minderjarigen enkel mogelijk in zeer specifieke gevallen: wanneer het gaat om wilsbekwame, terminaal zieke jongeren met ondraaglijk fysiek lijden. Psychisch lijden valt hier niet onder. Bij jongvolwassenen is euthanasie op basis van psychiatrische aandoeningen theoretisch mogelijk, maar in de praktijk uiterst zeldzaam. Het is immers moeilijk om iemand op jonge leeftijd als "uitbehandeld" te beschouwen bij een psychische problematiek. >>>

huidige situatie en toekomst, zicht op alternatieven, en een afweging van opties en kosten. In het geval van een rationele doodswens is de suicidaliteit niet direct gekoppeld aan een behandelbare conditie, én is er sprake van ondraaglijk lijden en een realistische kijk op de dood.

Bij een euthanasievraag uitgaande van een psychiatrische aandoening dient men als eerste stap de ontwikkelingsgeschiedenis van deze doodswens te onderzoeken. Als er sprake lijkt van een rationele doodswens, is het van belang het lijden in kaart te brengen. Dit lijden

deelnam. Belangrijk hierbij is ook niet alleen te kijken of er nog therapeutische opties over blijven, maar ook of de patiënt daar nog werkelijk behandelbaar voor is.

Belangrijk is te waken voor therapeutische hardnekkigheid: zelfs als er theoretisch nog één behandeling niet geprobeerd is, moet telkens kritisch worden afgewogen of de opbrengst opweegt tegen belasting en mogelijk toegenomen lijden. Sommige hulpverleners plachten wel eens te zeggen dat mensen met een psychiatrische aandoening per definitie nooit uitbehandeld kunnen zijn.

*“Lijden is subjectief: alleen de patiënt zelf kan bepalen of het ondraaglijk is.”*

is subjectief: alleen de patiënt zelf kan bepalen of het ondraaglijk is; de arts heeft hierin geen beslissingswaarde. Vervolgens wordt beoordeeld of er inderdaad sprake is van een medisch uitzichtloze situatie. Psychiaters maken hiervoor gebruik van evidence-based richtlijnen en evalueren welke medicamenteuze en psychotherapeutische behandelinterventies werden gevolgd, en vooral ook hoe gemotiveerd en actief een patiënt aan deze behandelingen

Dit is gelukkig geen vaststaand feit.

Tot slot geldt dat een euthanasievraag uit psychisch lijden altijd serieus moet worden genomen. Vaak hangt dit verzoek samen met een verlies van perspectief en wanhoop. Door het gesprek hierover écht aan te gaan, ontstaat vaak openheid om opnieuw te kijken naar andere behandelopties dan de dood.

— Anushka Storms

# Jongeren met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden: ‘nu niet’ als uitgangspunt.

Het aantal verzoeken van jongeren om euthanasie bij psychisch lijden is de afgelopen jaren in Nederland aanzienlijk gestegen. Het artikel van Janneke Zinkstok en collega's in het Tijdschrift voor Psychiatrie bespreekt hoe psychiaters in hun dagelijkse praktijk zorgvuldig om kunnen gaan met euthanasieverzoeken van jongeren die lijden aan psychische aandoeningen. Het toenemend aantal verzoeken roept belangrijke klinische en ethische vragen op. Hoewel euthanasie in Nederland onder strikte voorwaarden wettelijk mogelijk is bij psychisch lijden, stellen de auteurs dat deze kaders onvoldoende rekening houden met de specifieke kenmerken van jongeren.

**D**e kern van hun betoog is dat jongeren zich nog in een ontwikkelingsfase bevinden, zowel neurobiologisch als psychosociaal. Hun identiteit, toekomstperspectief en waarden zijn nog niet volledig ontwikkeld, en psychisch lijden is vaak veranderlijk en contextafhankelijk. Klachten zoals depressie of suïcidaliteit kunnen fluctueren en zijn vaak beïnvloedbaar door behandeling en omgevingsfactoren. Bovendien hebben jongeren doorgaans nog niet alle behandelopties doorlopen en beschikken zij over een groter herstelvermogen dan volwassenen, waardoor het moeilijk is om te spreken van duurzaam en uitzichtloos lijden.

Tegen deze achtergrond waarschuwen de auteurs voor een te snelle of te directe toepassing van euthanasieprocedures bij jongeren. Zij zien het risico dat een sterke nadruk op auto-

nomie ertoe kan leiden dat de ontwikkelingsfase van de jongere onvoldoende mee wordt afgewogen en dat euthanasie impliciet als oplossing wordt genormaliseerd. Dit kan zelfs een negatieve invloed hebben op het behandelproces, bijvoorbeeld doordat hoop en behandelmotivatie onder druk komen te staan.

Als alternatief introduceren de auteurs het zogenaamde “nu niet”-principe. Ze pleiten voor een basishouding van temporisering en terughoudendheid, maar niet voor een categorale (categorieke?) afwijzing van euthanasie op grond van psychisch lijden bij jongeren. Dit houdt in dat een euthanasieverzoek van een jongere serieus genomen moet worden en zorgvuldig onderzocht, maar dat het uitgangspunt is om er niet onmiddellijk op in te gaan. In plaats daarvan moet er ruimte worden gecreëerd voor tijd, verdere diagnostiek

en behandeling, en het ontwikkelen van perspectief. Deze benadering vraagt van de behandelaar een actieve en betrokken houding, waarbij het lijden van de jongere wordt erkend, maar tegelijkertijd hoop wordt vastgehouden en gestimuleerd.

De therapeutische relatie speelt hierin een centrale rol. Een euthanasiewens wordt niet alleen gezien als een autonome beslissing, maar ook als een uiting van wanhoop en een hulpvraag. Daarom moeten behandelaren blijven zoeken naar behandelopties, en de jongere ondersteunen in het hervinden van perspectief. Ethisch gezien pleiten de auteurs ervoor om bij jongeren meer gewicht te geven aan bescherming en ontwikkelingsmogelijkheden dan aan een directe invulling van autonomie.

De conclusie van het artikel is dat euthanasie bij jongeren met psychisch lijden slechts in zeer uitzonderlijke gevallen overwogen zou moeten



“Een euthanasieverzoek van een jongere moet serieus genomen worden en zorgvuldig onderzocht, maar het uitgangspunt is om er niet onmiddellijk op in te gaan.”

worden. Het uitgangspunt moet zijn om de doodswens serieus te nemen, maar er niet direct naar te handelen. Als de behandelaars het gesprek over de doodswens of de dood niet durven aangaan, kan de jongere zich niet gezien of serieus genomen voelen. Dit vergroot het risico dat de doodswens blijft bestaan maar niet meer openlijk wordt geuit, waarmee mogelijk het suïcide-risico toeneemt. In plaats daarvan kunnen behandelaars inzetten op een strategie van vertragen en verdragen, waarbij men de euthanasiewens en

achtergronden daarvan onderzoekt en naar mogelijke oplossingen zoekt. Daarom is “nu niet” volgens de auteurs de meest passende en zorgvuldige houding in de klinische praktijk.

J. Zinkstok, J. van Gurp, I. Hein, M. Bottelier, L.J.S. Schwers, R.F.P. de Winter, S.P.A. Rasing, D.W. Strijbos, G. Glas, E.F. van Furth, A. Popma, R.J.L. Lindauer, W.G. Staal, F.E. Scheepers, M.H.J. Hillegers, R.R.J.M. Vermeiren, R.M. Marijnissen, D.H.M. Creemers, S.M.P. van Veen. Jongeren met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden: ‘nu niet’ als uitgangspunt. Tijdschrift Voor Psychiatrie - Jaargang 68 - April 2026

»»» Daarnaast speelt ook de ontwikkeling van de hersenen een rol. Functies zoals impulscontrole en probleemoplossend denken zijn pas volledig ontwikkeld tussen het 20ste en 25ste levensjaar. Dat kan het moeilijk maken om een euthanasieverzoek van jonge mensen als volledig weloverwogen te beschouwen, wat voor veel artsen een reden is tot terughoudendheid.

De beschikbare cijfers bevestigen dit beeld. Hoewel het aantal verzoeken niet wordt geregistreerd, tonen gegevens over uitgevoerde euthanasie aan dat er geen duidelijke stijging is bij jongeren tussen 20 en 29 jaar. De aantallen blijven de laatste tien jaar laag en stabiel (5 à 15 per jaar), met slechts een klein percentage (0,2 à 0,6%) van het totale aantal euthanasie-uitvoeringen.

Het is bovendien belangrijk te benadrukken dat deze cijfers alle aandoeningen omvatten, niet enkel psychiatrische. Ook jonge kankerpatiënten of personen met ernstige neurologische aandoeningen maken deel uit van deze groep. Dat maakt het nog moeilijker om uitspraken te doen over specifieke trends binnen psychiatrische casussen.

De grote belangstelling in de media kan de perceptie van een toename versterken. Verhalen over jonge mensen die euthanasie overwegen, hebben een grote emotionele impact en blijven langer nazinderen. Daarnaast rijst ook de vraag of een euthanasieverzoek bij jongeren altijd een definitieve keuze is, of soms eerder een signaal van diep lijden en een roep om hulp.

Het debat over euthanasie bij jongeren vraagt daarom om nuance. De huidige cijfers tonen aan dat het om een uitzonderlijk fenomeen gaat, waarbij zorgvuldigheid en bescherming centraal blijven staan.

— Linde Vande Castele

# agenda

## Basiscursus palliatieve zorg voor zorgverleners

### — Data

5 donderdagen van 9u30 tot 16u  
• 21 en 28 mei 2026  
• 4, 11 en 18 juni 2026

### — Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum  
Waardig Levenseinde,  
J. Vander Vekenstraat 158,  
1780 Wemmel

### — Info en inschrijvingen

Voor info en inschrijvingen:  
[www.palliatiefnetwerkomega.be](http://www.palliatiefnetwerkomega.be)

## Thematische studiedag: Palliatieve zorg voor mensen met psychiatrische stoornissen

### — Datum

Donderdag 28 mei 2026  
van 9u tot 12u15

### — Locatie

Odisee Hogeschool,  
Warmoesberg, 1000 Brussel

### — Info en inschrijvingen

<https://www.odisee.be/postgraduaat-palliatieve-zorg>

## Vorming: "Rol van de verpleegkundige bij palliatieve sedatie en euthanasie"

### — Datum

Maandag 1 juni 2026  
van 9u tot 16u

### — Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum  
Waardig Levenseinde,  
J. Vander Vekenstraat 158,  
1780 Wemmel

### — Info en inschrijvingen

[www.palliatiefnetwerkomega.be](http://www.palliatiefnetwerkomega.be)

## LEIFopleiding voor LEIFconsulenten

### — Data

• 15 september 2026  
• 6 en 20 oktober 2026  
• 17 november 2026  
• 1 december 2026  
van 9u30 tot 16u

### — Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum  
Waardig Levenseinde,  
J. Vander Vekenstraat 158,  
1780 Wemmel

### — Info en inschrijvingen

[www.leif.be](http://www.leif.be)

## PALM opleiding voor Medici en Masters

### — Data

• 3 oktober 2026  
• 21 november 2026  
• 23 januari 2027  
• 20 februari 2027  
• 20 maart 2027  
van 9u tot 16u

### — Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum  
Waardig Levenseinde,  
J. Vander Vekenstraat 158,  
1780 Wemmel

### — Info en inschrijvingen

[info@palliatiefnetwerkomega.be](mailto:info@palliatiefnetwerkomega.be)



## Het palliatief uurtje: Mondzorg in de palliatieve fase

### — Datum

Maandag 26 oktober 2026  
van 14u tot 15u

### — Locatie

online

### — Info en inschrijvingen

[www.palliatiefnetwerkomega.be](http://www.palliatiefnetwerkomega.be)

## Communicatie in palliatieve zorg (3-daagse opleiding)

### — Data

• maandag 16 november 2026  
• dinsdag 24 november 2026  
• dinsdag 8 december 2026  
van 9u30 tot 16u30

### — Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum  
Waardig Levenseinde,  
J. Vander Vekenstraat 158,  
1780 Wemmel

### — Info en inschrijvingen

[www.palliatiefnetwerkomega.be](http://www.palliatiefnetwerkomega.be)

